

Werkgroep Hartfalen - Voorjaarsbijeenkomst 2017, 9 maart, Mariënhof, Amersfoort

HARTFALEN: CO-MORBIDITEITEN EN EXPERTISE

De nadruk van de voorjaarsbijeenkomst van de hartfalenwerkgroep lag dit jaar op hartfalen als co-morbiditeit bij diabetes en kanker. Ook werd er veel gediscussieerd over manieren waarop de hartfalenzorg en expertise in Nederland verbeterd zouden kunnen worden. Dit omvatte onder andere de ESC-gedachte over HF Centers of Excellence en het HoT netwerk van jonge hartfalenprofessionals.

PROGRAMMA

Hartfalen en diabetes: consequenties voor diagnostiek en therapie

Prof. dr. Arno Hoes

Cardio-oncologie: hartfalen en chemotherapie

Dr. Louisa Antoni

HF Centers of Excellence: gedachten vanuit de ESC

Petra van Pol

Jong en HoT: de HF specialisten van de toekomst

Dr. K. Damman



Hartfalen bij diabetes: consequenties voor diagnostiek en therapie

Prof. dr. Arno Hoes – *hoogleraar Klinische Epidemiologie en Huisartsgeneeskunde, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde*

Tijdens deze meeting nam prof. dr. Arno Hoes het publiek mee van prognose tot therapie bij patiënten met zowel hartfalen als diabetes. Zijn er verschillen tussen hartfalen met of zonder diabetes? Over dit onderwerp is eind 2016 een position statement van de ESC Heart Failure Association (HFA) gepubliceerd, maar deze versie is offline gehaald. Het is onbekend of deze ooit nog verschijnt, aldus Hoes.

Zijn de incidentie, prevalentie, diagnose en behandeling van hartfalen anders bij diabetespatiënten dan bij niet-diabetespatiënten?

De relatie tussen diabetes en hartfalen is het resultaat van activatie van allerlei processen in het lichaam van diabetespatiënten, die een negatieve invloed op het hart hebben. Hoes noemde dit het 'cardiodiabetic continuum'. Dit heeft als gevolg dat de incidentie van allerlei soorten hart- en vaatziekten hoger is bij patiënten met diabetes ten opzichte van personen zonder diabetes. Daarnaast toonde een screening van 605 Zeeuwse diabetespatiënten ≥ 60 jaar aan, dat ook de prevalentie van hartfalen bij diabetespatiënten hoog is; hoewel 96% van de patiënten voor de screening onbekend was met hartfalen, bleek 28% van de patiënten dit toch te hebben. Hiervan hadden de meesten hartfalen met behouden ejectiefractie (HFpEF, 23%) en een klein gedeelte (5%) had hartfalen met verminderde ejectiefractie (HFrEF). Ook werd bij deze screening opgemerkt dat de prevalentie van zowel HFpEF als HFrEF hoger bleek naarmate men ouder was¹. Het stellen van een diagnose bij mogelijk hartfalen bij diabetespatiënten verschilt niet van bij niet-diabetespatiënten. Uit aanvullende analyses van de Zeeuwse diabetesstudie (nog niet gepubliceerd) bleek dat hartfalen zeer goed voorspeld kan worden aan de hand van anamnese en voorgeschiedenis, waarbij de 'area under the curve' (AUC) 0.82 (95% CI 0.79-0.86) was, en dat deze voorspelling zelfs nog beter werd (AUC 0.86, 95% CI

0.83-0.89) wanneer NT-proBNP waardes en ECG uitslagen werden geïncludeerd.

Zoals verwacht is de prognose wanneer een diabetespatiënt ook hartfalen heeft, slechter dan wanneer de patiënt dit niet heeft. Daarnaast hadden diabetespatiënten met HFrEF uit de Zeelandstudie een aanzienlijk slechtere prognose dan patiënten met HFpEF. Ook was de prognose voor HFpEF-patiënten iets minder goed dan deze van patiënten zonder hartfalen². Hoes wees erop dat de uitkomsten van de Zeelandstudie belangrijk zijn: dit zijn geen resultaten uit een studie met inclusiecriteria, maar van hartfalen dat is gediagnosticeerd tijdens een screening van 'real-world' patiënten.

Medicatie voor hartfalen is niet anders voor patiënten met diabetes dan voor patiënten zonder diabetes. In dit kader toonde Hoes enkele gepubliceerde subgroepanalyses met betrekking tot hartfalenmedicatie bij diabetes- en niet-diabetespatiënten. Hierbij benadrukte hij dat men uit moet kijken met het interpreteren van dit soort subgroepanalyses, omdat de power vaak ontbreekt bij deze kleine groepen. Rekening houdend met deze uitspraak, kan volgens Hoes gezegd worden dat alle standaard hartfalen therapieën zoals diuretica, ACE-remmers en mineralocorticoid receptor antagonisten (MRA's) even effectief zijn in beide groepen en dat bètablokkers wellicht iets minder effectief zijn bij diabetespatiënten, maar dat dit niet betekent dat ze niet gegeven moeten worden.

Anderzijds dient antidiabetesmedicatie mogelijk wel aangepast te worden wanneer een diabetespatiënt hartfalen heeft. Thiazolidinedionen (TZD's) moeten bijvoorbeeld niet worden voorgeschreven bij deze patiënten, omdat deze kunnen resulteren in vochtophoping en meer hartfalen³. Daarnaast moet men oppassen met insuline en sulfonyleumderivaten wegens hypoglycemie^{4,5}, maar kan metformine gewoon gebruikt worden⁵. Verder zijn de meningen nog verdeeld over de wijsheid van gebruik van DPP-4 remmers, GLP1-agonisten en SGLT2-remmers bij hartfalen.

Tot slot was de vraag of het zinvol is om beter te screenen voor patiënten met zowel diabetes als hartfalen. Immers hebben de meesten van hen HFpEF en hier is nog geen effectieve therapie voor. Aan de andere kant hebben deze patiënten wel een slechtere prognose dan wanneer ze geen hartfalen hebben en hebben zij wellicht het recht dit te weten. Teleurstellend is dat wereldwijd de richtlijnen over cardiovasculaire aandoeningen bij diabetespatiënten erg limiterend zijn. Dit in tegenstelling tot andere comorbiditeiten, zoals afwijkingen aan de ogen en voeten, aldus Hoes.

Cardio-oncologie: hartfalen en chemotherapie

Dr. Louisa Antoni – *cardioloog in opleiding, Leids Universitair Medisch Centrum*

De cardio-oncologie is een relatief nieuw gebied binnen de cardiologie dat wereldwijd tegenwoordig veel aandacht krijgt. Er is sinds kort een position statement van de ESC dat deze kwestie behandelt. Dr. Louisa Antoni vertelde dat het doel bij kankerpatiënten is om cardiotoxiciteit van chemotherapie te voorkomen, vroeg te diagnosticeren en beter te behandelen.

Cardiotoxiciteit kan op verschillende momenten tijdens de behandeling van kanker optreden: tijdens de behandeling (acute fase), maanden na de behandeling (subacute fase) of jaren na de behandeling (late fase). In de meeste gevallen is dit tijdens de subacute fase. Hierbij kan, afhankelijk van de kankertherapie, reversibele (type II) of irreversibele (type I) schade aan het hart optreden. Zo kan er dosisafhankelijke reversibele schade ontstaan als gevolg van alkylerende middelen, zoals cyclofosfamides (vrijwel alleen bij hoge doseringen) en medicatie gericht op microtubuli. Bij de meeste patiënten treedt irreversibele schade op. Dit is vaak het gevolg van anti-HER2, anti-VEGF of BCR-ABL-remmers. Anderzijds zijn de effecten op hartschade met de nieuwere proteasoomremmers nog vrijwel onbekend. Reversibele schade kan zich na het staken van de therapie herstellen en is het gevolg van het disfunctioneren van cellen. Daarentegen is bij irreversibele schade sprake van celdood. In beide gevallen manifesteert zich dit als schade aan het myocard. Omdat de kankertherapie niet aangepast kan worden om cardiomyopathie te voorkomen, zijn het vaststellen van risicofactoren aan de hand van anamnese en voorgeschiedenis alsmede vroegdiagnostiek de enige mogelijkheden om cardiotoxiciteit te beperken en worden patiënten daarom momenteel gemonitord aan de hand van biomarkers en beeldvormingstechnieken. Voorbeelden van biomarkers zijn troponine, hoog-sensitief troponine, BNP en NT-proBNP⁶. Van deze laatste is de rol nog niet geheel duidelijk. Veel gebruikte beeldvormingstechnieken zijn echocardiografie, nucleaire cardiale scans en cardiale MRI. De voornaamste toegepaste techniek is echocardiografie, omdat het geen stralingsbelasting oplevert en patiëntvriendelijk is, het veel informatie verschaft en er de mogelijkheid voor strainbepalingen is (subklinische LV disfunctie). Naast preventie is het bij deze patiënten soms mogelijk om de kankertherapie aan te passen en om hartfalenmedicatie te geven. In dit kader is redelijk veel onderzoek gedaan naar het gebruik van ACE-remmers, in tegenstelling tot bètablokkers.

HF centers of Excellence: gedachten vanuit de ESC

Werkgroep Hartfalen – *Petra van Pol, cardioloog, Alrijne Ziekenhuis, Leiderdorp*

Petra van Pol besprak de onderwerpen die aan bod kwamen tijdens de internationale HFA meeting. Hier werd verteld dat de HFA educatie, publicaties en onderzoek biedt. Onder educatie vallen onder andere de ESC richtlijnen voor hartfalen, het hartfalenspecialist curriculum, maar nu ook het hartfalen curriculum voor verpleegkundigen, congressen en symposia. De ambitie van de ESC is om meer aan te sluiten bij de 'International Consortium for Health Outcomes Measurement' (ICHOM). Zij willen daarom 'Heart Failure Centers of Excellence' oprichten en Petra van Pol legde namens de Werkgroep Hartfalen tijdens deze voorjaarsmeeting het publiek de vraag voor of dit in Nederland ook opgezet zou moeten worden. Het gaat hierbij om Centers of Excellence met drie verschillende accreditatielevels: advanced, specialist en community. Deze centra zouden iedere 5 jaar accreditatie moeten ondergaan.

“Het signaal dat we hebben afgegeven, is dat we ons hier in Nederland niet in Centers of Excellence kunnen vinden”

Het publiek was het met elkaar eens dat wij als Nederland niet aan deze exercitie mee moeten doen. Dit is ook het geluid wat de Werkgroep Hartfalen tijdens de internationale ESC meeting heeft afgegeven. Reacties uit het publiek waren onder andere dat een dergelijk systeem, in tegenstelling tot in andere landen, eigenlijk al min of meer bestaat in Nederland en dat het voor ons op deze manier duidelijk genoeg is, dat wij al veel geregeld hebben en veel eisen in de wet vast hebben gelegd, en dat de patiënt het meeste zou hebben aan meer hartfalenspecialisten in Nederland. Op de vraag of een dergelijk systeem een pré zou kunnen zijn voor het aantrekken van artsen uit het buitenland, reageerde niemand positief. Als iemand uit het buitenland geïnteresseerd is om specifiek in Nederland te werken, dan vindt die zijn weg wel, was het antwoord.

Tot slot werd gediscussieerd over het belang van 'hartfalen awareness' dagen, die in veel omringende landen worden georganiseerd. Maar tot frustratie van veel hartfalenartsen, wordt dit niet in ons land gedaan. Het idee van een hartfalencampagne is wederom bij de hartstichting neergelegd, maar zonder resultaat. De hartstichting geeft aan dat ze het ziektebeeld moeilijk te verkopen vinden, omdat je er prima mee kunt leven. Van Pol gaf aan dat eventuele gegadigden die dit verder op willen pakken, meer dan welkom zijn.

Jong en HoT: de HF specialisten van de toekomst

Dr. K. Damman – *cardioloog, Universitair Medisch Centrum Groningen*

HoT, 'Heart Failure Specialists of Tomorrow', is een initiatief van de HFA en een netwerk van jonge professionals met interesse in hartfalen in Europa (≤40 jaar).

HoT is een netwerk van jonge professionals met interesse in hartfalen in Europa

Professionals is in de breedste zin van het woord; de link met hartfalen hoeft maar minimaal te zijn. Afgelopen zomer includeerde HoT 700 leden, waaronder ongeveer 30 uit Nederland. Het netwerk is bedoeld om samen te werken, om informatie uit te wisselen en wetenschappelijke plannen op te stellen, maar ook om scholingen en uitwisselingen te vergemakkelijken. Dit wordt onder andere bewerkstelligd aan de hand van activiteiten tijdens congressen, zoals de HoT walk met patiënten en het 'speeddaten' (Career Cafe) met hartfalenprofessionals. Hoewel de deur hiervoor nu open is, lopen er nog geen intensieve samenwerkingen. Dit omdat HoT in een opstartende fase zit, er veel bureaucratie is en het niet transparant is. Als voorbeeld gaf dr. Damman, de Nederlandse afgevaardigde van HoT, aan dat hij niet mag inzien welke Nederlanders lid zijn van HoT, iets wat hem belemmert in het promoten en vormgeven van HoT in Nederland. Tijdens deze voorjaarsmeeting werd bediscussieerd hoe HoT een meerwaarde zou kunnen krijgen in Nederland. Een voorstel uit het publiek was, om HoT een plek binnen de Werkgroep Hartfalen te geven.

Referenties

1. Boonman-de Winter LJ, et al, Diabetologia, 2012;55:2154-62
2. Boonman-de Winter LJ, et al, Int J Cardiol, 2015;185:162-4
3. Dargie HJ, et al, JACC, 2007;49:1696-704
4. Masoudi FA, et al, Circulation, 2005;111:583-90
5. Eurich DT, et al, Circ Heart Fail, 2013;6:395-402
6. Cardinale D, et al, Circulation, 2004;109:2749-54



© 2017 MEDCON International

Deze Meeting Impression is ontwikkeld en uitgegeven door MEDCON International (uitgever) namens CVGK. Het educatieve programma is ontwikkeld onder auspiciën van de Programmacommissie van de Voorjaarsbijeenkomst. De Voorjaarsbijeenkomst is georganiseerd door MEDCON International namens de Werkgroep Hartfalen.

Meningen in dit verslag komen volledig voor rekening van de sprekers en zijn niet noodzakelijk die van de uitgever.

Voor meer informatie, video's met de sprekers en presentaties, bezoek CVGK.nl.